

O-2-12

母子のための包括ケア病棟への取り組み ～産後ケアショートステイを開設して～

日本赤十字社和歌山医療センター 看護部

○慈幸 奈美

【背景・目的】当院において特定妊婦は年々増加し、外来から受け持ち助産師が関わりを持ちケアを行い、入院中も様々な育児支援を行なっている。しかし育児不安が強く、児への接し方や育児技術習得に自信がもてないまま退院するケースが増加している。そのため退院後は助産師外来で継続的に関わり母乳支援や育児支援を行なっている。また地域の保健師とも連携を図り、母子が健康で安心して生活できるように支援をしている。しかし産科退院後に母親の身体的・精神的疲労軽減や育児支援などを行なえる入院システムがあれば、さらに安心して出産や子育てに臨めるだけでなく、産後うつが発症することや症状が悪化することを防ぐことができるのではないかと考え、「産後ケアショートステイ」の開設に取り組んだ。【取り組み】1産婦人科部長、医事課長、看護部、スタッフへの企画説明2和歌山市保健所、子育て包括支援センターとの打ち合わせ3運営基準、運用手順、安全管理指針の作成4産後ケアサービスの詳細検討5広報活動。【事例】32歳 初産婦 育児不安と産後の疲労、退院後の育児サポートがないため利用されたケースがあった。6日間の利用で「安心して家に帰って育児をスタートできそうです」と本人より評価を得た。【まとめ】日本看護協会は「母子のための地域包括ケア病棟（仮称）」として助産師が妊産褥婦と新生児に集中してケアができる体制の整備と、妊娠・出産・育児期において切れ目のない助産ケア提供の実現を目指している。当院はハイリスク妊娠・分娩にも対応し、かつ助産師外来や院内助産も行っている。さらに社会的ハイリスクのある場合の母子への支援も行っている。今後もさらに妊産婦が安心して出産や子育てに臨めるように産科病棟のあるべき姿に取り組んでいきたい。

O-2-14

経済的問題を抱えた壮年患者の支援

大分赤十字病院 医療社会事業部 地域医療連携課

○宇都宮隆宏、生野 秀子、後藤 聡子

【はじめに】近年、経済的に困窮した壮年患者が重篤な状態で入院するケースが頻発している。これらの事例に対しMSWとしての支援について報告する。【症例1】40歳代、男性 A氏。食道胃接合部癌術後で、膵臓転移による下半身麻痺があった。近親者は存在せずアルコール依存症も合併し、病識に乏しかった。当課へは手術目的の入院に際し、支援介入の依頼があった。入退院を繰り返し当院で最期を迎えられた。早期から手続きを行っていったため入院費等についても解決することができた。【症例2】50歳代、男性 B氏。罹患前はトラックの運転手として働いていた。左足麻痺などが出現し退職へ追い込まれたが、病院には受診していなかった。民生委員に連れられ当院へ受診した。脳梗塞で入院の必要があるが、金銭的な問題があり入院を拒否しているため、当課へ介入依頼があった。介護申請依頼を行い、入院費用等については、まず退職金請求が出来ていなかったため手続きを支援した。傷病手当金の請求も行った。多重債務があることも判明し、疎遠であった妹さんに連絡をとり、法テラスの相談をすすめて解決に至った。入院費や生活費についても確保が出来た。退院後の生活支援および環境整備については、他の家族へも説得し協力を得ることができ、自宅退院となった。【現状】家族の支援が難しく、社会との関わりが希薄となっている壮年患者の場合は身体的問題だけでなく経済的困窮をきたしているケースがある。むしろ経済的困窮から適切な受診行動がとれず、重症化し救急搬送されるケースが見られる。【結語】経済的困窮に陥った患者に対しては、行政などの生活支援サービスを導入するだけでは根本的解決は不十分である。問題が深刻化し病院で発覚となっている。社会生活の中で早期に支援が得られる体制構築が必要である。

O-2-16

壮年期の肺がんと向き合う患者の人生計画の再立案に対する支援

福岡赤十字病院 看護部

○深川愛梨沙

【目的】ACPを用いて壮年期の肺がん患者が治療をしながら、その人らしい生活ができるよう人生計画の再立案を支援する。【方法】50歳代後半、男性、非小細胞肺癌（T4、N1、M0、StageIIIA）の患者を対象に面接を行った。面接内容は、日本医師会の終末期医療におけるACPでは何を話し合えばよいのですか？のたとえを一部用い、その他は対象者に自由に語ってもらう。前回入院時と発言の変化を考察するため、診療記録・看護記録もデータの一部として活用した。面接で得た情報を整理し、日本医師会で定められているACPの概念から、【その人らしく生を全うできる】【人生計画を含めた治療、ケアの方向性を患者、家族、医療者で話し合う】について分析した。【成績】放射線治療の影響で、嚥下時痛が強く、多職種で介入を行い、症状緩和を行うことができた。この辛い経験を乗り越えたことが患者の今後の治療に対する意欲に繋がった。苦痛緩和が患者と医療者との信頼関係を強化することにも繋がりが、それが今後癌と向き合っていく患者の安心感につながると考える。患者の最も身近な医療職である看護師は、ACPを用いて患者の意思を確認し、それが叶うような生活を実現・継続するために必要なケアを提供していくことが求められる。また、看護師だけでなく、患者を取り巻く医療者が患者の意思を確認し、共有することで、よりその人らしい生活を送るための支援につながる。【結論】ACPを用いて日々変化する患者の意思を確認した。確認した意思をケアに活かすことができた。ACPを用いて多職種で情報共有を行い、患者の価値観や意思をチームで捉えることにつながる。

O-2-13

医療者との関わりで母親の気持ちが変化し社会資源の導入に至った一例

名古屋第一赤十字病院 小児医療センター

○有賀小百合、水野 真歩、中村 愛、平岩 美緒

【はじめに】母親は社会資源を利用せずAちゃんの在宅介護をしていたが、介護負担を感じていた。今回、医療者との関わりを通して母親の気持ちが変化し社会資源の導入に至ったため、その支援内容を報告する。【事例】Aちゃん10代女兒。全身の機能が徐々に退行していく疾患で、ADLは全介助であった。父親とは別居しており、母親は実家で祖母とAちゃんの二人を介護していた。Aちゃんが小学生の時に他者に不信任を抱く出来事があり、社会資源の導入はしていなかった。母親なりにAちゃんを精一杯介護していたが、褥瘡の発生により敗血症を起こし入院となった。【看護の実践】入院当初、母親は入院に至ってしまったことに対して事態を重く受け止めていた。看護師は、これまで一人で頑張ってきたことを傾聴し、母親の頑張りを労った。入院をきっかけに今後も同じ生活をしていくことに母親は不安を感じていた。Aちゃんのためにも他者の介入が必要であることを母親自身も理解していたが、これまでの背景から他者からの支援に抵抗があり、母親は悩んでいた。母親の思いや意見を尊重し、Aちゃんにとってよりよい処置やケアが行えるよう、看護師や多職種でカンファレンスを行った。日々の処置や体位交換等を母親と一緒に看護師、多職種で行ったことでAちゃんの全身状態が徐々に改善していった。その結果、母親の不信任感が信頼へと変化していき社会資源を導入することとなった。【考察】母親の思いや意見を看護師、多職種で話し合い実際に一緒にケアしたことで、Aちゃんの全身状態が改善したことを母親も実感することができた。Aちゃんを第一に考える看護師、多職種の姿勢が母親の他者に対する不信任を信頼へと変化させ、社会資源を利用し在宅での生活を前向きに捉えることに繋がったと考える。

O-2-15

当院における地域循環型PFMの現状

広島赤十字・原爆病院 総合相談支援センター

○吉美詠子、古川 善也、榎並 育代、角 昌彦

【目的】当院は急性期病院として地域包括ケアシステムに貢献するために、医療の効率性の向上と療養支援の質を高めることを目的としたPFMの構築に取り組んだ。当院のPFMの特徴は院内外のリソースを有効に活用し入院前から継続的に地域と協働し、療養を支える地域循環型の療養支援体制を視野に入れている。今では当院の経営戦略の柱として成果を上げるとともに、さらなる発展が期待されるため報告する。【実施】1) 支援体制を整備する上で患者と職員の負担軽減をコンセプトとした。ボトルネックとなっている業務を洗い出し、集約・標準化しながら多職種がワークシェアできる体制を整備した。2) PFMのマネジメント機能は、病床管理 入退院コーディネート 療養支援（チーム医療）とした。病床管理については、クリニカルパスによる標準化と対応病床を拡充した。紹介・逆紹介の推進とかかりつけ医ホットラインを開設し、患者確保体制を強化した。入退院コーディネートについては、入院移行期支援を強化した体制の整備と人材育成、協働できる場所の確保を行った。療養支援の質の向上については、入退院のリソースとしてチーム活動を適切にマネジメントし、有機的に機能する仕組みを検討している。【結果】PFM導入前に比べ、病床稼働率+10.6%向上し、在院日数3.4日減少し医療の効率性は高まった。負担軽減においては、入退院支援業務を集約したことで、病棟看護師の業務負担は軽減した。療養支援の質向上においては、入退院支援の組織化により、早期介入による切れ目のない支援が可能となった。この仕組みのさらなる発展に向けては、関係職種の相互理解による役割認識が、ワークシェアリングを効果的に機能させ、生産性を高めるとともに、働き方改革への寄与が期待される。

O-2-17

がん患者の療養支援フローチャートの検討

松江赤十字病院 12階病棟

○土江 真弓、奥 公明、川村 悦美、土江 健志、野津 優佳

当院は救急指定病院・がん診療連携拠点病院の役割を担い、入退院支援センターを設置し早期からの退院支援に努めている。がんと診断された患者は、治療開始となり終末期に至るまでの長い期間入退院を繰り返している。当病棟では退院支援が必要と判断された患者に対し、病棟看護師・退院支援看護師・医療ソーシャルワーカーと共に退院後の生活を見据え週2回のカンファレンス（療養支援カンファレンス）を行っている。治療時期には退院支援は不要と判断されるケースが多く、病状の悪化に伴い初めて患者への支援が開始されるのが現状であった。患者が何を望んでいたのか分からずいまま最期を迎える、良い時期を逃してしまい自宅退院を希望しながら退院できず病棟で最期を迎えるといったことを経験するなかで、病棟看護師は「もっと早くから支援をしていれば何かできたのではないか」と感じていた。今回、治療の時期から長期的な視点で患者の全体を捉え、治療変更時など介入時期を逃すことなく早期から必要な支援を継続し、患者や家族が望む最期を迎えることが出来るような支援を行うための仕組み作りについて検討を行った。